ITEM 160 : EXANTHEME FEBRILE DE L'ENFANT

Exanthème fébrile de l'enfant : cause fréquente de consultation, majoritairement de cause infectieuse, surtout virale
Ne pas oublier les maladies inflammatoires et toxidermies médicamenteuses
- **Exanthème érythémateux** : **scarlatine, syndromes toxiniques streptococcique/staphylococcique, Kawasaki, toxidermie**
- **Exanthème maculo-papuleux** : **rougeole, rubéole, exanthème subit, mégalérythème épidémique, Kawasaki, entérovirus, urticaire, toxidermie**
- **Exanthème vésiculo-pustuleux** : **varicelle** surtout, **HSV**, **zona**, **entérovirus (coxsackie** : syndrome pieds-mains-bouche**)**
- **Eruptions non spécifiques : exanthèmes viraux, toxidermies médicamenteuses, maladies systémiques**

Démarche diagnostique	Urgence	- **Purpura fébrile + troubles hémodynamiques ± signes neurologiques** : **méningocoque** - **Fièvre > 5 jours** : **maladie de Kawasaki** - **Erythème fébrile + troubles hémodynamiques : syndrome toxinique** - **Lésions cutanées érythémateuses circonscrites infiltrées douloureuses** : **DHBA, fasciite** - **Lésions muqueuses ulcérées** et/ou **décollement épidermique extensif** : **Stevens-Johnson, Lyell, SSS** - **AEG** avec **ADP, atteinte multiviscérale, hyperéosinophilie, hyperlymphocytose, prise médicamenteuse prolongée** : **DRESS syndrome** - **Sepsis, choc septique** - Terrain : enfant immunodéprimé, nouveau-né, contage avec une femme enceinte
	Enquête diagnostique	- Contexte épidémiologique : âge, terrain, antécédents de maladie éruptive, vaccination, contage, voyage récent, prise médicamenteuse (notamment AINS, antibiotique, antiépileptique) - **Phase pré-éruptive** : durée d'incubation, symptômes - **Phase éruptive** : mode de début, topographie, lésions dermatologiques élémentaires, prurit - Signes associés : caractéristiques de la fièvre, hépatomégalie, splénomégalie, ADP… ➝ **Diagnostic avant tout clinique**, examens complémentaires selon le contexte (immunodéprimé, contact avec une femme enceinte, maladie à déclaration obligatoire…)

ROUGEOLE

Infection virale à ***Morbillivirus*** (paramyxovirus) : maladie infectieuse endémo-épidémique malgré la vaccination
- Encore 20 000 cas en France entre 2009 et 2011, facteur majeur de morbimortalité infantile dans les PEVD
- Plus sévère avant 1 an, chez l'adulte, la femme enceinte, les sujets immunodéprimés
- Transmission directe aérienne, incubation = **10-12 jours**, contagiosité importante de **5 jours** avant à **5 jours** après l'éruption

Préventif			- **Nourrissons** : protégés jusqu'à l'âge de 6 mois par les Ac maternels - **Vaccination antirougeoleuse** (recommandée, combinée avec rubéole et oreillons) : 1ère dose à 12 mois (90% de protection), 2e dose à 16-18 mois (95-98% de protection) ➝ couverture vaccinale insuffisante en France (< 90%) - **Immunité durable** conférée par la maladie
Diagnostic	C		- Absence d'antécédent de rougeole ou de vaccination
		Phase d'invasion (catarrhale ou pré-éruptive) = 2 à 4 jours	- **Fièvre élevée** - **Catarrhe oculorespiratoire** : **larmoiement, conjonctivite, rhinorrhée, toux, pharyngite** - **Signe de Köplik** (inconstant) = énanthème pathognomonique en fin de phase catarrhale : tache punctiforme blanc-bleuté sur une muqueuse jugale inflammatoire, peu visible
		Phase éruptive (2 semaines après contage) = 5 à 6 jours	- **Exanthème maculo-papuleux**, non prurigineux, avec intervalles de peau saine, siégeant au début derrière les oreilles, puis extension descendante en 24 à 48h en une seule poussée vers la face, le tronc et les membres - **Fièvre décroissante** lors de la généralisation de l'éruption - Persistance d'une catarrhe : **conjonctivite, rhinorrhée, toux**
	Complication		- Atteinte viscérale : **bronchite** ou **pneumopathie virale ++, hépatite, pancréatite** - **Surinfection : pulmonaire** (pneumocoque, *S. aureus*), **OMA purulente** (pneumocoque, *H. influenzae*) - Neurologique (rare) : - **Encéphalite aiguë morbilleuse** : précoce post-éruptive (1/1000) - **Panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) de Van Bogaert** : survenue retardée 5-10 ans après (1/100 000, mais 1/6000 si nourrisson < 1 an)
	PC		➝ **Maladie à déclaration obligatoire** : confirmation paraclinique systématique - **PCR** ARN viral : sang, salive, nez, gorge et urine de -J5 à +J12 (détection optimale de l'apparition de l'éruption à +J5) - **Sérologie** sur **prélèvement salivaire** ou **sanguin** : présence d'IgM de l'apparition de l'éruption à 60J environ, le plus souvent positif entre +J3 et +J28

TTT	→ **Hospitalisation** seulement en cas de signe de sévérité - Traitement essentiellement symptomatique : paracétamol, Augmentin® si surinfection bactérienne - **Déclaration obligatoire** : signalement sans délai à l'ARS pour enquête, notification à visée épidémiologique - **Eviction scolaire** obligatoire jusqu'à **5 jours** après le début de l'éruption	
	Mesures préventives des sujets contacts	**Sujet contact** = contact proche (famille, crèche) entre 5 jours avant et 5 jours après début de l'éruption - **Nourrisson < 6 mois** : - Mère immunisé (antécédent de rougeole ou vaccin x 2 ± sérologie) : protégé - Mère non immunisée : **Ig polyvalentes IV** si contage **< 6 jours** - **Nourrisson de 6 à 11 mois** (non vacciné) : **1 dose de vaccin monovalent** anti-rougeole dans les **72h** après contage puis 2 doses de vaccin ROR selon le calendrier habituel. Possible Ig IV entre 3 et 6 jours - **Sujet > 1 an nés depuis 1980** : - Non vacciné : **2 doses de ROR** à ≥ 1 mois d'intervalle - Vacciné avec une seule dose : rattrapage de la 2nde dose - Vacciné avec deux doses : protégé - Immunodéprimé ou femme enceinte non immunisée : **Ig polyvalentes IV**

RUBEOLE

Infection virale à ***Rubivirus***, virus à ARN, touchant généralement le jeune enfant, bénigne, en augmentation chez les 15-25 ans
- Transmission directe par **voie aérienne** (rubéole acquise) ou **transplacentaire** (rubéole congénitale < 18 SA)
- **Incubation** = **2 à 3 semaines**, **contagiosité** = 1 semaine avant et jusqu'à 2 semaines après le début de l'éruption

Prévention			- **Nourrissons** : protégés jusqu'à l'âge de 6 mois par les Ac maternels - **Vaccination antirubéoleuse** (recommandée, combinée ROR) : 1ère dose à 12 mois, 2nd dose à 16-18 mois - **Ne pas oublier la vaccination en post-partum** des femmes enceintes séronégatives (vaccin vivant atténué contre-indiqué pendant la grossesse) - **Immunité durable** conférée par la maladie ou la vaccination
Diagnostic	C		- Absence d'antécédent de rubéole ou de vaccination
		Phase d'invasion = 1 semaine	- **Fièvre modérée, état général conservé** - Absence de catarrhe (notamment absence de toux) - Signes associés possibles : **céphalées, courbatures, pharyngite**
		Phase éruptive (15-20 jours après contage)	- **Exanthème maculo-papuleux** : souvent pâle, petit, atteinte de la face puis extension au thorax, évolution en une poussée sur 72h puis disparition (fugace) - **Fièvre modérée**, possible **splénomégalie** et/ou **ADP occipitales** associées
	Complication		- **Conjonctivite** - Hématologique : **purpura thrombopénique post-éruptif** (1/3000) - Articulaire : **arthralgie**, **arthrite** (surtout chez l'adulte) - Neurologique : **encéphalite**, **méningo-encéphalite** (rare)
	PC		→ **Diagnostic clinique** : bilan complémentaire seulement en cas de forme atypique ou compliquée, et surtout en cas de contact avec une femme enceinte non immunisée - **Sérologie** : IgM spécifique (phase aiguë < 2 mois), élévation significative (x 4) du taux d'IgG à 15-21j d'intervalle - **NFS** : absence d'hyperleucocytose, **plasmocytose** évocatrice mais inconstante
TTT			- Traitement essentiellement symptomatique en ambulatoire : antipyrétique - Eviction scolaire non obligatoire - Eviter tout contact entre un enfant infecté et une femme enceinte séronégative (risque de fœtopathie)

MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE

= Infection à **parvovirus B19** : touche l'enfant de 5 à 14 ans, par **épidémies familiales ou scolaires**, entre **fin hiver et début été**
- Contamination respiratoire, limitée à la période pré-éruptive, incubation = **6 à 14 jours**
- La maladie confère une immunité durable

Diagnostic	C	**Phase d'invasion** = 2 jours	- **Fièvre modérée** voire **absente, état général conservé** - Signes associés : **céphalées, myalgies**
		Phase éruptive (2 semaines après contage)	- **Exanthème maculo-papuleux**, puis **maculeux**, légèrement **œdémateux** (en guirlande), début aux joues (**rouges, d'aspect soufflet**), s'atténuant en quelques jours, puis extension au tronc et aux extrémités (**aspect réticulé en carte de géographie**) avec fluctuations pendant **1 à 3 semaines**, aggravé ou révélé par l'exposition à la chaleur - Autres éruptions possibles: . **Erythème polymorphe** . **Eruption en « gants et chaussettes »** purpurique, prurigineuse - **Fièvre** modérée - **Arthralgie** possible, rarement **arthrite**, le plus souvent chez le grand enfant ou l'adulte
		Complication	- Enfant atteint d'hémolyse chronique (drépanocytose, sphérocytose, thalassémie) : **anémie aiguë érythroblastopénique** - Femme enceinte (2nd trimestre ++) : **non tératogène,** risque d'**anasarque fœto-placentaire**, **myocardite, insuffisance cardiaque, anémie fœtale** ou d'**avortement précoce spontané (T1)**
	PC	→ Diagnostic clinique : bilan complémentaire en cas de contact avec une femme enceinte ou chez l'enfant atteint d'anémie hémolytique chronique - **PCR sanguine** à parvovirus B19 en phase aiguë - **Sérologie** : IgM spécifique en phase aiguë, élévation significative du taux d'IgG à 15 jours d'intervalle	
TTT	- Traitement essentiellement symptomatique, en ambulatoire : antipyrétique - Chez l'enfant atteint d'hémolyse chronique : **transfusion sanguine** le plus souvent nécessaire - Eviction scolaire non obligatoire - Eviter tout contact entre un enfant infecté et une femme enceinte non immunisée ou un enfant atteint d'anémie hémolytique chronique		

EXANTHEME SUBIT

= **6e maladie** ou **roséole infantile** : **infection virale** à **HHV6**, plus rarement **HHV7**
- Touche principalement le nourrisson de 6 mois à 2 ans, quasi-ubiquitaire (60 à 90% des adultes ont des Ac)
- La maladie confère une immunité durable, nourrisson < 6 mois protégés par les Ac maternels
- Transmission directe par voie respiratoire, incubation = **5 à 15 jours**
- **Récurrences périodiques asymptomatiques**, avec excrétion du virus dans la salive

Diagnostic	C	Phase d'invasion = 3 à 4 jours	- **Fièvre isolée** d'apparition **brutale**, jusqu'à **39-40°**, bien tolérée - **Chute thermique brutale** contemporaine de l'éruption cutanée
		Phase éruptive (1 à 7 jours après phase d'invasion)	- En moyenne 3 jours après le début de la fièvre - **Exanthème maculo-papuleux roséoliforme** : pâle, siégeant au visage et au tronc, en une poussée, disparaissant en 12-24h (fugace), avec apyrexie contemporaine caractéristique - Signes associés : **ADP cervicales** (rare)
		Complication	- **Crise fébrile simple** (très fréquente) - Atteinte viscérale : **méningite**, **méningo-encéphalite**
	PC	→ Diagnostic clinique : bilan complémentaire en cas de forme atypique ou compliquée - **PCR HHV6** sur **prélèvement sanguin** - NFS : **leuconeutropénie** à J3-J4 (non spécifique, à valeur d'orientation)	
TTT	- Traitement essentiellement symptomatique, en ambulatoire : antipyrétique - Eviction scolaire non obligatoire, mais éviter la fréquentation de collectivité à la phase aiguë - Aucune mesure prophylactique de l'entourage		

MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

= **Primo-infection symptomatique** à **EBV** (herpès virus de type 5) : touche classiquement l'adolescent, mais peut être observé à tout en âge, notamment chez le nourrisson (fièvre prolongée fréquente)
- **Infection fréquente** (80% des adultes séropositifs), le plus souvent **asymptomatique**, à l'origine d'une **immunité durable**
- **Récurrence symptomatique** clinique seulement chez l'immunodéprimé
- **Transmission interhumaine salivaire** (contact rapproché, jouet sucé)**, contagiosité faible** plusieurs mois
- I**ncubation longue** = **30 à 50 jours**

Diagnostic

C

Symptomatologie habituelle

- **Fièvre** d'intensité variable, **asthénie profonde durable**
- **Angine** : **érythématopultacée** ou **pseudo-membraneuse** (avec respect de la luette)
  ± **purpura du voile du palais**, **œdème de luette**
- **ADP cervicales bilatérales volumineuses**, **splénomégalie** (50%)

Signes cutanés (variables)

- **Exanthème polymorphe maculo-papuleux** ou **papulo-vésiculeux** : inconstant, discret
- **Eruption déclenchée par la prise d'ampicilline**, moins fréquemment par l'amoxicilline

Complication

- Hépatique : **hépatite cytolytique** (fréquente, le plus souvent uniquement biologique)
- Hématologique (rare) : **anémie hémolytique** et **thrombopénie auto-immune**
- Neuro (rare) : **méningite lymphocytaire**, **méningo-encéphalite**, **polyradiculonévrite aiguë**
- ORL : obstruction des VAS par **hypertrophie amygdalienne**
- Autres : **rupture splénique…**

PC

→ Confirmation diagnostique indispensable
- Valeur d'orientation : - **Syndrome mononucléosique** à la NFS (souvent absent chez le jeune enfant)
  - **Elévation modérée des transaminases** (quasi-constante) au bilan hépatique
  - Hausse de CRP
- **MNI-test** (test rapide d'agglutination) : risque de faux négatif, surtout chez le jeune enfant
- **Sérologie EBV** (si MNI-test négatif) : **IgM anti-VCA +** et **IgG anti-EBNA –** en cas de primo-infection

TTT

→ Hospitalisation seulement en cas de forme compliquée
- **Traitement essentiellement symptomatique** : repos au lit, reprise progressive des activités, antipyrétique
- **Corticothérapie** discutée dans les formes compliquées (purpura thrombopénique, obstruction des VAS)
- Prévention : éviction scolaire non obligatoire, aucune mesure prophylactique des sujets contacts, aucune vaccin

SYNDROME DE GIANOTTI-CROSTI

= Eruption commune à de nombreux virus, le plus souvent chez l'enfant < 5 ans : **EBV** ++, **entérovirus**, **hépatite B**…
- **Eruption papuleuse des membres et des joues**, parfaitement symétrique, rarement fébrile
- Evolution favorable, après persistance pendant quelques jours/semaines

SCARLATINE

= **Infection toxinique bénigne** par ***S. pyogenes,*** **streptocoque β-hémolytique de groupe A**, sécrétant une **toxine érythrogène**
- Généralement suite à une **angine bactérienne** ou une **infection cutanée**, plus rarement **respiratoire** ou **ostéoarticulaire**
- Forme sévère de l'infection toxinique **:** ***Toxic Shock Syndrom*** **(TSS)**
- Transmission directe en cas d'angine, par voie aérienne; contagiosité en phase d'invasion et jusqu'à 48h d'antibiothérapie
- Incubation **3-5 jours**
- La maladie confère une immunité durable pour le même type toxinique

Diagnostic	C	Phase d'invasion = 24h	- **Fièvre élevée** à 39-40° avec **frissons** - **Angine érythémateuse**, avec **dysphagie**, **tuméfaction amygdalienne** importante - **Douleurs abdominales, vomissements** - **ADP sous-angulo-maxillaires**
		Phase éruptive (24h après invasion)	**Enanthème** : - **Amygdales tuméfiées et inflammatoires** pendant 4 à 6 jours - **Glossite** : langue saburrale (enduit épais blanc), puis dépapillée de la périphérie vers le centre réalisant un aspect de « V lingual », puis laissant un aspect rugueux « framboisé » à J6 (glossite exfoliatrice), régression en 1 semaine **Exanthème** : - **Vastes nappes rouge vif uniformes congestives** sans intervalles de peau saine - **Sensation de granité** à la palpation - Prédominante aux plis de flexion, puis extension en 24h à la partie inférieure de l'abdomen, aux extrémités et au visage - Respect des **paumes/plantes** et de la **région péribuccale** - Régression à J6, **desquamation post-éruptive** en « doigt de gant » des extrémités Complications rares identiques à celles de l'angine
		TSS	**Erythème fébrile + troubles hémodynamiques + atteinte de ≥ 3 organes :** - **Digestive** : vomissements, diarrhée - **Musculaire** : algies, hausse des CPK - **Neurologique** : désorientation, troubles de conscience **- Muqueuse** : énanthème pharyngé, conjonctival, vaginal **- Rénale :** insuffisance rénale, leucocyturie **- Hépatique** : hausse de bilirubine, des transaminases **- Hématologique** : thrombopénie
	PC	→ Diagnostic clinique **- Test de diagnostic rapide du streptocoque A** - **Elévation des ASLO** (**antistreptolysine**) : tardive (10-15 jours), inconstant, peu spécifique, inutile à la phase aiguë	
TTT	→ Hospitalisation en cas de forme compliquée - **Antibiothérapie** : **amoxicilline** 50 mg/kg/j po en 2 prises, pendant **6 jours** - Sans suivi nécessaire : pas de BU à distance - **Eviction scolaire obligatoire** jusqu'à 48h après le début du traitement antibiotique - **Antibioprophylaxie orale de l'entourage** seulement en cas **de FdR d'infection invasive** : âge > 65 ans, varicelle évolutive, lésions cutanées étendues dont les brûlures, toxicomanie IV, pathologie évolutive (diabète, cancer, hémopathie, VIH, insuffisance cardiaque), corticothérapie prolongée forte dose	

MALADIE DE KAWASAKI

= **Syndrome adéno-cutanéo-muqueux fébrile**
- Vascularite aiguë multisystémique ubiquitaire mais plus fréquente chez les populations asiatiques (Japon surtout)
- Majorité des enfants **< 5 ans** avec pic d'incidence vers 1 an
- Aucune explication physiopathologique unique : interaction entre terrain génétique, environnement probablement infectieux, mécanisme immunitaire impliquant l'activation du système immunitaire et de l'endothélium vasculaire

Diagnostic

C

Forme typique

Fièvre ≥ 5 jours (critère constant indispensable) et ≥ 4/5 autres critères majeurs :
- **Fièvre** ≥ 5 jours, non sensible aux antipyrétiques ni antibiotiques, souvent élevée > 39.5°C
- **Conjonctivite** bilatérale, non exsudative, indolore
- **Atteinte buccopharyngée** : chéilite, stomatite, pharyngite
- **Eruption cutanée d'aspect variable** : maculopapuleuse diffuse au niveau du tronc et des membres, évocatrice au niveau du siège avec desquamation précoce dès J5
- **Atteinte des extrémités** : érythème palmoplantaire, œdème ferme et douloureux du dos des mains et des pieds, desquamation tardive après le 10e jour d'abord péri-unguéale
- **Adénopathies cervicales** de diamètre ≥ 1,5 cm

Formes atypiques et incomplètes

<u>Autres signes évocateurs :</u>
- Hyper-irritabilité chez un enfant difficilement examinable : signe quasi constant
- Réactivation (induration) de cicatrice de vaccination par le BCG chez le nourrisson : signe très précoce et spécifique au Japon

<u>Autres atteintes d'organes possibles :</u>
- **Articulaires** : arthralgies, arthrites de topographie diverse
- Oculaires : uvéite, rétinite
- **Digestives** : vomissements, douleurs abdominales
- **Hépatobiliaires** : hépatite cytolytique, hydrocholécyste (caractéristique), ictère
- **Pulmonaires** (rares) : nodules et infiltrats, atteintes pleurales
- **Neurologiques** : agitation, troubles du comportement, méningite lymphocytaire, encéphalite avec convulsions, troubles de conscience, voire coma

<u>Formes incomplètes :</u>
- Fièvre isolée élevée
- Nombre limité de critères majeurs
- Existence éventuelle de complication cardiaque

Complications

Avant tout cardiovasculaires, faisant la gravité de la maladie :
- Initialement : **myocardite, péricardite**
- Secondairement : **anévrismes coronariens**

PC

➝ Diagnostic essentiellement clinique : aucun marqueur spécifique du diagnostic
- Syndrome inflammatoire : hausse de VS-CRP quasi constante, hyperleucocytose initiale, anémie inflammatoire et hyperplaquettose (tardive) fréquemment associées
- **Leucocyturie aseptique quasi constante évocatrice**
- Echographie cardiaque transthoracique précoce systématique : spécificité élevée pour la détection des anévrismes au niveau des troncs coronaires proximaux. Suspecter une atteinte coronaire débutante devant une perte de parallélisme des bords de la coronaire, une irrégularité de la lumière vasculaire, une hyperéchogénicité des parois du vaisseau

TTT

➝ **Hospitalisation systématique en phase aiguë**
- **Immunoglobulines polyvalentes IV :** seul traitement consensuel, pour stopper le processus inflammatoire et prévenir les atteintes cardiaques
- **Aspirine** : à dose anti-inflammatoire en phase aiguë, puis poursuivie à faible dose anti-plaquettaire (en particulier pendant la phase d'hyperplaquettose) pour ≥ 6-8 semaines, et en cas de lésions coronariennes
- **Surveillance** : avant tout échocardiographique
- **Avis spécialisé** en cas de complications cardiovasculaires avec suivi adapté : scintigraphie myocardique, angiographie coronarienne (en cas d'ischémie)…

Mesures préventives

- Aucune mesure prophylactique pour d'éventuels sujets contacts
- Prévention générale : reconnaissance précoce de la maladie (fièvre > 5J)

VARICELLE

= **Primo-infection VZV** (herpès virus 3) : fréquente (600 000 cas/an en France), 90% des cas < 10 ans, âge moyen = **4 ans**
- Transmission directe par les **lésions cutanéo-muqueuses** ou par **voie respiratoire**
- **Incubation** = **2 semaines** en moyenne, **contagiosité** de **1 à 2 jours avant l'éruption jusqu'à 7 jours après** (croûtes)
- Terrain à risque de forme sévère : nourrisson < 1 an, adulte, femme enceinte, immunodéprimé
- La maladie confère une immunité durable (2e varicelle exceptionnelle), nourrisson < 6 mois protégé par Ac maternels

Diagnostic

C

Phase d'invasion = 2 jours

- **Fébricule** modéré
- **Rash scarlatiniforme fugace pré-éruptif** (rare)

Phase éruptive (2 semaines après contage)

- **Exanthème** :
  . Vésicules molles, bordées d'une auréole rouge (« goutte de rosée sur peau saine »), puis **croûteuse** et **prurigineuse** de J4 à J10
  . Localisation diffuse, y compris dans le cuir chevelu
  . 2 à 3 poussées successives, avec coexistence d'éléments d'âge différent
  . **Chute des croûtes à J10**
- **Fièvre** généralement modéré, **micro-poly-ADP**
- **Enanthème buccal érosif** inconstant

Complication (3-5% des cas)

FdR de varicelle sévère : - Age : nourrisson < 1 an, adolescent, adulte
- Prise d'AINS
- **Contamination intrafamiliale (inoculum massif et répété)**

Surinfection bactérienne surtout

= Principalement à ***S. aureus*** (60%) et **streptocoque A** (35%)
- Cutanée : **impétigo, dermohypodermite, fasciite nécrosante, abcès, lésion nécrotique, syndrome de la peau ébouillantée** (toxine exfoliante)
- Autre : **pleuropulmonaire, suppuration ostéoarticulaire, syndrome toxinique (TSS) staphylococcique ou streptococcique**

- Neurologique : **crise fébrile, cérébellite** (la plus fréquente)**, encéphalite, névrite, thrombose cérébrale**
- **Syndrome de Reye** en cas de prise d'aspirine
- Respiratoire : **pneumonie varicelleuse**
- Hématologique : **purpura thrombopénique post-éruptif**
- **Hépatite aiguë**

Chez l'immunodéprimé

- **Lésions cutanées profuses**, volontiers **hémorragiques**
- **Lésions viscérales** dans 30 à 50% des cas : **pulmonaire, hépatique, neurologique**, **CIVD**

PC

➙ Diagnostic essentiellement clinique : bilan complémentaire seulement dans les formes sévères ou compliquées
- **PCR** spécifique VZV
- **Sérologie** : IgM spécifique en phase aiguë, élévation significative des IgG à 15 jours d'intervalle

TTT

Forme typique non sévère

➙ PEC ambulatoire, traitement essentiellement symptomatique
- Lésions cutanées prurigineuses : - **Ongles coupés courts, solution antiseptique**
  - **Antihistaminique** si prurit important
- **Antipyrétique** : mesures physiques, paracétamol ➙ AINS contre-indiqués
- **Antibiothérapie probabiliste** en cas de surinfection bactérienne : **Augmentin®**

Forme sévère ou compliquée

➙ **Hospitalisation**
- TTT antiviral : **aciclovir** (Zovirax®) IV
- Si **surinfection bactérienne sévère toxinique** : **Augmentin®** + **clindamycine IV** (action antitoxinique) les premiers jours

Aciclovir IV

- **Nouveau-né** : **varicelle néonatale,** ou **maternelle entre J-5 et J+2 de l'accouchement**
- **Formes graves < 1 an**
- **Varicelle compliquée**, notamment **pneumopathie varicelleuse**
- **Immunodéprimé**

Mesures préventives

- **Eviction scolaire non obligatoire** (limite la diffusion : risque de varicelle de l'adulte)
- **Isolement contact + respiratoire « air »** si hospitalisation
- Eviter tout contact avec les sujets à risque (femme enceinte, immunodéprimé, prématuré)

Vaccin

= **Vaccin vivant atténué anti-VZV** : 2 doses, espacées d'1 mois
- Autorisé > 1 an, contre-indiqué chez la femme enceinte ou l'immunodéprimé
- Indication si **contage** : sujet > 12 ans immunocompétent, non enceinte, sans ATCD de varicelle (sérologie facultative) si **contact < 3J** (efficacité réduite 3-6J)

Ig anti-VZV

= **Varitect®** : protection transitoire partielle en ATU
- En cas de **contage** chez le sujet immunodéprimé ou enceinte si contact **< 6J**

GINGIVOSTOMATITE HERPETIQUE

= **Infection virale à HSV1** (ou plus rarement **HSV2**), virus à ADN
- **Primo-infection** = 1er contact infectant muqueux ou cutané, symptomatique ou non : généralement entre 1 et 4 ans (> 80% des enfants ≥ 5 ans sont séropositifs), le plus souvent asymptomatique
- Transmission par **contact direct** avec sujet excrétant (voie cutanée ou génitale, salive)
- **Contagiosité** possible dans les formes d'excrétion virale, maximale lors de la constitution des vésicules, durant 8 à 20 jours
- **Incubation** = **5 à 7 jours**
- La maladie confère une immunité partielle**,** n'empêchant pas la réactivation (récurrence clinique ou asymptomatique) : possibles récurrences dans le même territoire = herpès labial récidivant (bouquet vésiculeux à la jonction cutanéo-muqueuse)

<table>
<tr><td rowspan="3">Diagnostic</td><td rowspan="2">C</td><td colspan="2">- Prodromes : fièvre élevée, dysphagie (avec risque de déshydratation)
- Eruption ulcéreuse et douloureuse bucco-gingivale diffuse : vésicules rapidement rompues, laissant place à des érosions muqueuses ou croûtes cutanées, siégeant à la langue, au palais, aux gencives, à la muqueuse buccale et aux lèvres, d'évolution confluente en plaques érosives muqueuses recouvertes d'une membrane grisâtre
- Signes associés : ADP sous-maxillaire, hypersialorrhée, haleine fétide</td></tr>
<tr><td>Complication (rare)</td><td>- Terrain : - Immunodéprimé
- Dermatite atopique : syndrome de Kaposi-Juliusberg
- Atteinte viscérale : méningite, encéphalite, hépatite
- La surinfection cutanée locale est rare</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">➝ Diagnostic essentiellement clinique : bilan complémentaire seulement en cas de forme sévère ou compliquée
- Identification par PCR sur prélèvement de lésion
- Sérologie : inutile au diagnostic si les lésions cliniques sont évocatrices</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td colspan="3">- TTT essentiellement symptomatique, ambulatoire : antalgique, surveillance de la bonne hydratation et alimentation
- L'adjonction d'un traitement local (muqueuses) est difficile et sans intérêt démontré
- Eviction scolaire non obligatoire mais la fréquentation de collectivité en phase aiguë n'est pas souhaitable
- Eviter le contact avec les sujets immunodéprimés ou les enfants ayant une dermatite atopique</td></tr>
<tr><td colspan="2">Forme sévère ou compliquée</td><td>➝ Hospitalisation requise
- TTT antiviral par aciclovir : si instauration précoce < 24-48h, durée de 5 à 10 jours
- Par voie IV si voie orale impossible
- Nutrition entérale ou hydratation IV parfois nécessaires si alimentation impossible</td></tr>
</table>